Frederico Estrella Serpa

N.º 9

BREVE ESTUDO

SOBRE

Rupturas perineaes

POST-PARTUM

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

JULHO DE 1904

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva geral	Luiz de Freitas Viegas.
2.ª Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illidio Ayres Pereira do Valle.
4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira—Medicina operatoria	Clemente J. dos Santos Pinto.
6.ª Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Candido Augusto Correia de Pinho.
7.ª Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	José Dias d'Almeida Junior
8.ª Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10.ª Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11.ª Cadeira—Medicina legal	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12.ª Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13.ª Cadeira—Hygiene	João Lopes da Silva Martins Junior
14.ª Cadeira—Histologia normal	José Alfredo Mendes de Magalhães
15.ª Cadeira—Anatomia topographica.	Carlos Alberto de Lima.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho Antonio do Souto

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	Vaga. Vaga.
Secção cirurgica	Antonio Joaquim de Sousa Junior. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

A MEUS PAES

Apesar do nullo valor d'este trabalho não deixarei de vol-o offerecer. Nada significa elle scientificamente, bem o sei, mas tenho tambem a certeza de que não deixareis de o apreciar, pois, bom ou mau, é o fecho da obra tão ambicionada por vós.

A minha Irmã

Aos meus parentes

AOS MEUS AMIGOS

AO ILLUSTRE PROFESSOR

Antonio Joaquim de Souza Junior

Homenagem do discipulo e amigo.

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

PROFESSOR

José Alfredo Mendes de Magalhães

Foi-nos suggerido este assumpto por uma prelecção do Ex.mo Professor Frias, feita com a proficiencia que todos lhe reconhecem, ácerca da doente cuja observação acompanha este mingoado trabalho.

Pareceu-me interessante o estudo das rupturas do perineo e desde logo tive a ideia de o tratar, apresentando-o como complemento dos meus trabalhos Escolares.

Dado o pouco tempo de que dispuz, não tenho a pretenção de trazer aqui uma dissertação completa, mesmo porque tal intento iria além das minhas forças.

Luctei com as habituaes difficuldades de quem se vê forçado a escrever pela primeira vez sobre um assumpto scientifico; no entanto se-

ja-me relevada a inhabilidade e reconheça-se-me a vontade de acertar.

Não apresento caso algum de ruptura da furcula por serem insignificantes as lesões apresentadas e não demandarem tratamento especial. Os casos de ruptura incompleta produzidos na enfermaria de partos, como dizemos no decurso d'este trabalho, são raros; de ruptura completa tive occasião de observar um na enfermaria de clinica cirurgica. Rupturas centraes não as encontrei em nenhuma enfermaria.

Na ordem da exposição que sigo acatei e perfilhei a opinião do meu illustre Presidente, contraria ao costume de em trabalhos d'esta natureza collocar as observações no fim, sem por vezes, a ellas se fazerem referencias.

Assim depois de uma descripção rapida da anatomia do perineo, passo a fazer a classificação das rupturas, apresentando depois de cada categoria a respectiva observação. Analysando em seguida as differentes causas e o mechanismo das rupturas em geral, estudo tambem as causas da ruptura nas doentes das minhas observações, não esquecendo no decurso da these fazer-lhes sempre referencias.

Passamos depois em revista os differentes accidentes e complicações das rupturas, antes de entrarmos n'outro capitulo, em que tratamos d'uma questão que tem sido muito debatida e vem a ser: em que casos se póde praticar a perineorrhaphia e em que occasião? Finalmente em breves palavras se diz do diagnostico, do

prognostico, da prophilaxia e do tratamento das rupturas perineaes.

* * *

Ao snr. professor Frias, ao snr. Dr. Maia Mendes e muito em especial ao snr. professor Souza Junior patenteio aqui o meu profundo reconhecimento pelos dados que me forneceram, auxiliando-me muito efficazmente na conclusão d'esta tarefa.

O perineo na mulher [1]

O perineo é um espaço losangico comprehendido no estreito inferior da pelve e limitado adeante pela arcada pubica e pelo ligamento sub-pubico, dos lados pelos ramos dos pubis, os ischions e as suas tuberosidades, atraz pelos grandes ligamentos sacro-sciaticos, os bordos dos musculos grandes nadegueiros e a extremidade do coccyx. Ordinariamente podem reconhecer-se atravez da pelle estes importantes pontos de reparo, que é necessario examinar com cuidado antes de encetar o estudo das partes profundas.

A pelle d'esta região é de côr carregada; é comparativamente delgada e marcada por um raphe que se estende do anus á commissura posterior da vulva.

O espaço perineal póde ser considerado como formado de duas partes separadas por uma linha curva

---

[1] Para auxiliar a comprehensão do perineo entendi dever reproduzir as excellentes figuras da *anatomia das regiões* do grande anatomico americano Mac Clellan.

Vão acompanhadas de legendas extensas sufficientes para serem bem entendidas.

imaginaria, tirada entre as duas tuberosidades ischiaticas e situada na linha média, a dois centimetros e meio do coccyx. A parte anterior d'este espaço é a *região genito-urinaria* e a parte posterior a *região anal* ou *ischio-rectal* constituida pelo cavado ischio-rectal e o anus; estas regiões são separadas uma da outra pelo corpo do perineo que é formado por uma massa espessa de tecido conjunctivo. Ha poucas differenças entre as regiões ischio-rectaes dos dois sexos. O diametro transversal é maior na mulher, porque os ischions são inclinados para fóra e as fossas ischio-rectaes são mais largas e profundas.

O *cavado ischio-rectal* tem a fórma d'uma pyramide triangular cuja base é circumscripta atraz pelo bordo inferior do musculo grande nadegueiro, adeante pelo musculo transverso do perineo, dentro pelo anus e fóra pelo ischion; o vertice corresponde á união do musculo levantador com o obturador interno. Este espaço é cheio por tecido cellulo-gorduroso, tirado o qual ficam a descoberto os vasos e nervo vergonhosos que estão incluidos no fascia que recobre o musculo obturador interno, a tres centimetros acima do bordo inferior do ischion.

O *anus*, ou orificio rectal, é irregular e preguéado; tem dois centimetros de comprimento quando não está distendido.

As pregas da margem do anus são devidas á contracção d'uma delgada camada de fibras musculares lisas situadas no tecido sub-cutaneo, formando o musculo *corrugator cutis ani*.

A linha de juncção da pelle e da mucosa é representada por uma fina estria branca, que indica o intervallo separador do musculo esphincter externo e do esphincter interno do anus. Esta pelle é innervada pelo *ramo anal* do nervo vergonhoso. O anus é constituido pelos musculos esphincter externo, esphincter interno e ainda por algumas fibras mais inferiores do levantador. O *musculo esphincter externo do anus* tem relações tão intimas com a pelle que é bastante difficil separal-o d'esta; tem fórma elliptica e é constituido por duas camadas de fibras curvilineas que nascem do *ligamento ano coccygio* e do vertice do coccyx e, contornando o anus, vão inserir-se por uma linguetta afilada, ao tendão central do perineo.

Numerosas fibras vindas da *camada superficial* entrecruzam-se com os diversos musculos adjacentes e entre si adeante e atraz do anus. A *camada profunda* está em relação com o *musculo esphincter interno do anus* que é constituido por um annel de fibras musculares lisas que rodeiam a parte inferior do recto, a seis milimetros da margem do anus.

A saliencia que se estende da symphise do pubis ao corpo do perineo e que comprehende os orificios externos dos canaes genital e urinario tem o nome de *pudendum* ou *vulva*.

Esta é coroada ao nivel da symphise por uma eminencia, o *Monte de Venus*, formado por tecido gorduroso, coberto por pelle delgada munida de pellos espessos e frisados. D'esta saliencia partem duas grossas pregas cutaneas, os *grandes labios*, que descem de

cada lado da *fenda uro-genital;* unem se por baixo dos pubis formando a *commissura anterior* e vão-se adelgaçando gradualmente para se reunirem atraz, a dois centimetros e meio adeante do anus, formando a *commissura posterior*. No interior d'esta ultima commissura existe uma pequena prega transversal, a *furcula* ou *froenulum pudendi;* um espaço que separa a furcula da commissura posterior fórma a *fossa navicular*.

Os grandes labios são, como se sabe, os homologos das duas metades do escroto do homem. Na pelle da face externa de cada labio existem pellos e glandulas sebaceas, mas o tegumento da face interna é semelhante a uma mucosa, porque é mais delgado, mais liso, mais humido e apresenta numerosos orificios de glandulas sebaceas.

Entre os grandes labios estão collocadas duas pregas mais pequenas, os *pequenos labios* ou *nymphas*, que começam quasi a meia distancia entre as duas commissuras e que augmentam á medida que se approximam da commissura anterior; n'este ponto os pequenos labios reunem-se formando ao clitoris uma especie de capucho, chamado o *prepucio do clitoris*, enviando cada um d'elles, á face inferior da glande d'este orgão uma pequena fita que constitue o *freio do clitoris*. A estructura dos pequenos labios differe da dos grandes por aquelles não conterem gordura e serem constituidas por pelle modificada e envolvendo um plexo venoso. Atraz confundem-se com as faces internas dos grandes labios.

Afastando os pequenos labios descobre-se o *clitoris:* é homologo do pénis e tem quatro centimetros de comprido quando despojado dos seus involucros, mas não possue corpo esponjoso nem urethra. Insere-se á arcada pubica por duas raizes e por um ligamento suspensor. Os seus corpos cavernosos são coroados por uma pequena *glande* munida de papillas sensitivas muito desenvolvidas. As suas arterias dorsaes e nervos são relativamente muito desenvolvidos e dispostos d'uma maneira analoga aos do pénis.

Abaixo do clitoris existe uma superficie lisa, triangular, chamada o *vestibulo.*

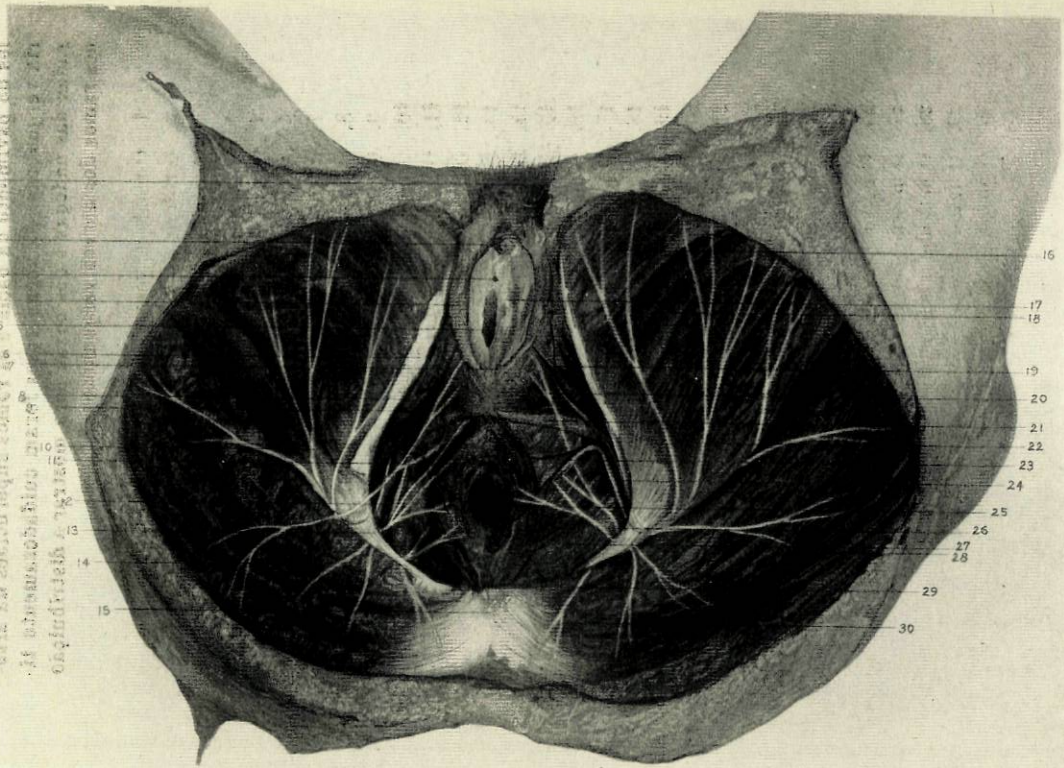
O orificio da urethra, o *meato urinario,* rodeado por uma saliencia mucosa, fica situado na parte posterior do vestibulo a dois centimetros e meio abaixo do clitoris. O meato é um orificio arredondado e franzido e não uma fenda vertical como o do pénis. O *orificio da vagina* fica situado immediatamente abaixo do meato; quando fechado apparece sob a fórma de uma fenda vertical, e torna-se elliptico quando se abre.

E' obstruido em parte na mulher virgem por uma delgada préga mucosa, o *hymen,* cuja forma e desenvolvimento são muito variaveis: ordinariamente o hymen dispõe-se transversalmente na parte inferior do orificio vaginal e tem a forma d'um crescente cujo bordo concavo está voltado para cima. Depois de se romper, o seu bordo fica irregularmente lacerado e forma as *carunculas myrtiformes.*

Os *musculos ischio-cavernosos* ou *erectores do clitoris* parecem-se com os musculos ischio-cavernosos

Dissecção do perineo da mulher, mostrando os musculos do pavimento da bacia e os ramos superficiaes da arteria vergonhosa. As aponevroses foram cuidadosamente tiradas das nadegas e das coxas para mostrar a distribuição dos ramos dos nervos vergonhosos.

1. O monte de venus.
2. O clitoris.
3. O meato urinario.
4. O grande labio direito.
5. O orificio da vagina.
6. A aponevrose perineal reflectida.
7. A furcula.
8. O musculo ischio-cavernoso direito.
9. O tendão central do perineo.
10. O nervo perineal externo.
11. O musculo esphincter do anus.
12. Os vasos e o nervo vergonhosos internos direitos.
13. O grande ligamento sacro-sciatico direito.
14. O musculo grande nadegueiro direito.
15. O coccyx.
16. O musculo delgado esquerdo.
17. O pequeno labio esquerdo.
18. O musculo grande adductor esquerdo.
19. A arteria superficial do perineo.
20. O esphincter vaginal.
21. O musculo transversal do perineo.
22. O ramo femuro-cutaneo do nervo vergonhoso.
23. O nervo superficial do perineo.
24. Os vasos e o nervo vergonhosos internos esquerdos.
25. O anus.
26. O nervo da margem do anus.
27. O musculo elevador do anus e da vagina.
28. O musculo grande nadegueiro esquerdo.
29. O ligamento ano-coccygio.
30. O quarto nervo sagrado esquerdo.


16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
13
14
15

do homem, mas são proporcionalmente mais pequenos; nascem da tuberosidade do ischion e abraçam a raiz correspondente do clitoris. O *esphincter da vagina* ou *musculo bulbo-cavernoso* é analogo ao bulbo-cavernoso do homem. E' formado por fibras que nascem do tendão central do perineo e que, rodeando o orificio da vagina, se unem adeante, inserindo-se aos corpos cavernosos do clitoris e ao tecido sub-mucoso do vestibulo. Uma lingueta, destacada do musculo de cada lado, cruza o corpo do clitoris e serve para lhe comprimir a veia dorsal. Ao nivel do tendão central, as fibras do esphincter da vagina unem-se ás do esphincter externo do anus, de sorte que os dois musculos reunidos formam uma especie de *8*.

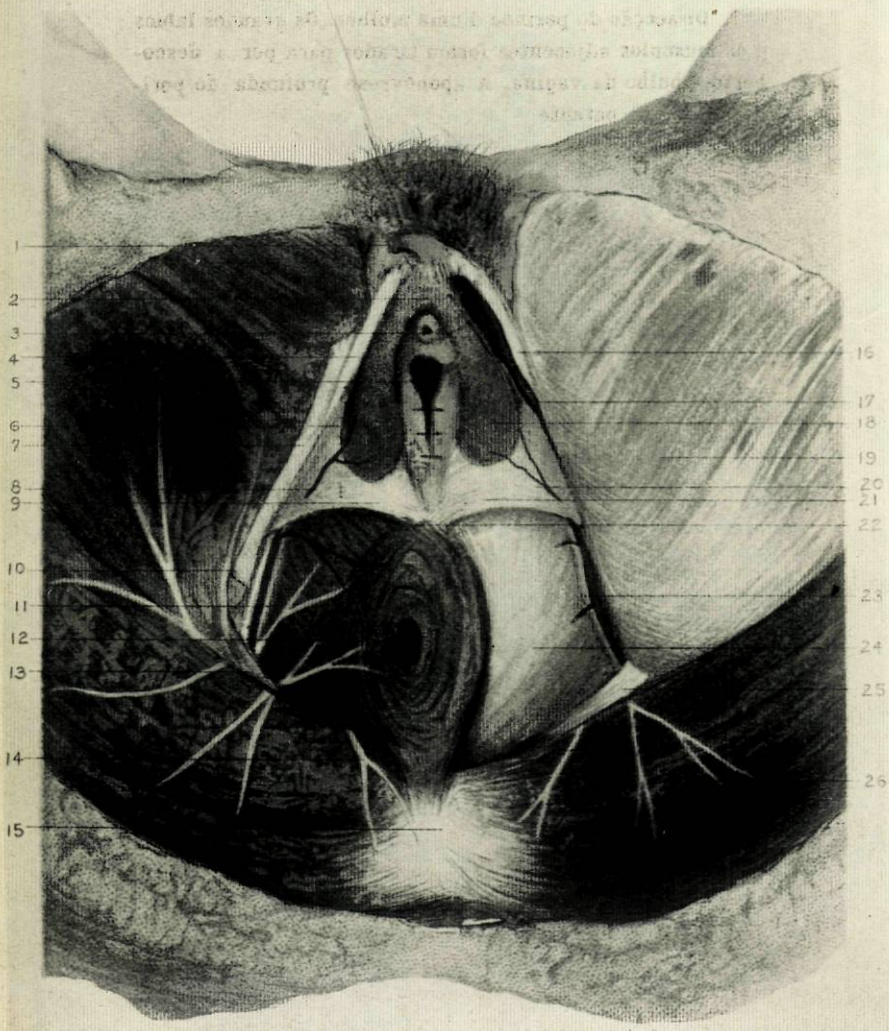
Os *musculos transversos do perineo* são difficeis de pôr bem em evidencia, mas em geral são formados por feixes que se inserem respectivamente ao esphincter da vagina, ao levantador do anus e á parede da parte inferior do recto.

Os musculos acima descriptos constituem um triangulo, como no homem, mas mais pequeno. Quando levantados, veem-se os corpos cavernosos do clitoris e os bulbos da vagina. Os *corpos cavernosos do clitoris* representam em ponto pequeno as mesmas partes do pénis. Os *bulbos da vagina* são duas massas oblongas de tecido erectil collocadas de cada lado do orificio da vagina. Reunem-se adeante, acima da urethra, por uma parte adelgaçada, chamada a *parte intermediaria*, que é formada por um plexo de grossas veias e que se continua na glande do clitoris.

Abaixo dos bulbos da vagina e dos corpos cavernosos fica a aponevrose sub-pubica ou *ligamento triangular* que é mais largo que no homem, mas tambem mais lasso e mais fraco, porque é atravessado pela urethra e pela vagina e estes dois orificios não são separados um do outro senão por uma lamina fibrosa muito delgada. A adherencia da aponevrose pubica ao ligamento triangular é mais intima que no homem e é mais difficil separal-a sob a forma de camada posterior d'este ligamento.

Por baixo do fascia sub-pubico propriamente dito e do fascia pelvico pouco definido, encontram-se orgãos analogos d'aquelles que estão em relação, no homem, com a porção membranosa da urethra. Existe de cada lado uma glandula amarellada e lobulada, a *glandula de Bartholin*, que se parece muito com a glandula infra-urethral de Cowper e que tem a mesma situação, mas que é muito maior. Os canaes d'estas glandulas teem dois centimetros de comprimento e abrem-se por dentro dos pequenos labios na parte média do orificio vaginal.

Por dentro d'estas camadas aponevroticas profundas, veem-se fibras musculares mais ou menos desenvolvidas, que por vezes teem inserções nitidas e uma forma bem definida e que recebem então o nome de *musculo constrictor da vagina:* este musculo é formado por fibras que nascem do bordo profundo do tendão central e que rodeiam o orificio vaginal. O *musculo depressor da urethra* é formado por fibras que, nascendo da face profunda da tuberosidade do


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26

Dissecção do perineo d'uma mulher. Os grandes labios e os musculos adjacentes foram tirados para pôr a descoberto o bulbo da vagina. A aponevrose profunda do perineo está bem patente.

1. O clitoris puxado para o lado.
2. A parte intermedia.
3. O meato urinario.
4. A raiz direita do clitoris.
5. O orificio da vagina, fechado pela sutura dos pequenos labios.
6. O bulbo direito da vagina.
7. A aponevrose perineal reflectida.
8. A arteria bulbar direita.
9. A camada profunda da aponevrose perineal ou o ligamento triangular.
10. O nervo externo do perineo.
11. Os vasos e o nervo vergonhosos internos direitos.
12. O musculo esphincter do anus.
13. O grande ligamento sacro-sciatico direito.
14. O quarto nervo sagrado direito.
15. O coccyx.
16. A raiz esquerda do clitoris.
17. A arteria e a veia profunda do perineo.
18. O bulbo esquerdo da vagina.
19. O fascia lata.
20. A arteria bulbar esquerda.
21. A camada profunda da aponevrose perineal profunda.
22. O tendão central do perineo.
23. Os vasos vergonhosos internos esquerdos.
24. O tensor do fascia lata.
25. O grande ligamento sacro-sciatico esquerdo.
26. O musculo grande nadegueiro esquerdo.

ischion, se dirigem para cima e para dentro, passando por sobre a urethra e juntando-se ás fibras do musculo correspondente do lado opposto; tambem existe um *musculo transverso profundo do perineo*, muito semelhante ao do homem.

Inferiormente a vagina é rodeada pelo annel do levantador do anus e pelo constrictor da vagina. O *musculo levantador do anus* representa a parte fundamental do perineo, o verdadeiro pavimento onde assentam os differentes orgãos contidos na bacia.

Farabeuf e Varnier, deram d'elle uma descripção completa sob o nome de levantador coccy-perineal.

«Verdadeiro diaphragma pelvico, fórma uma especie de funil cuja parte larga se insere ao orificio inferior da excavação e cujo plano rasa, adeante, a parte inferior da symphise atraz a ponta do sacro e dos lados o bordo inferior das espinhas sciaticas.

De cada lado, sobre a linha anterior que vae da espinha sciatica á base do pubis, inserem-se feixes musculares, que se dirigem para traz e para baixo, para o bordo e ponta do coccyx, e para o raphe perineal pre-coccygeo ou ano-coccygeo.»

Os feixes do levantador devem ser divididos em muitos grupos.

Um certo numero de fibras vão da espinha sciatica ao bordo do coccyx. Formam o musculo ischio-coccygeo.

Outros feixes nascem da longa arcada fibrosa que vae da espinha sciatica ao pubis e convergem para a ponta e bordos lateraes do coccyx.

O terceiro grupo, o mais importante, insere-se na sua origem á face posterior do pubis, dando: feixes pubo-coccygeos que vão inserir-se á quarta vertebra coccygea; feixes pubo-pre-coccygeos que vão inserir-se a um pequeno quadrado fibroso que os torna indissociaveis; feixes pubo-retro-anaes que se entrecrusam na linha media e são dissociaveis; e finalmente feixes pubo-pre-anaes que vão entrecruzar-se entre a vulva e o anus.

Não faremos uma descripção especial das aponevroses do perineo, de interesse especial no homem mas relativamente de pouca importancia na mulher; n'esta as aponevroses superficial e media são bastante reduzidas, divididas na linha media e lançadas para os lados.

As arterias do perineo veem da *vergonhosa interna*, ramo terminal da hypogastrica que no seu trajecto dá differentes ramos como: *a hemorrhoidaria inferior, a perineal-superficial, a transversa do perineo, a cavernosa e a clitoridiana.*

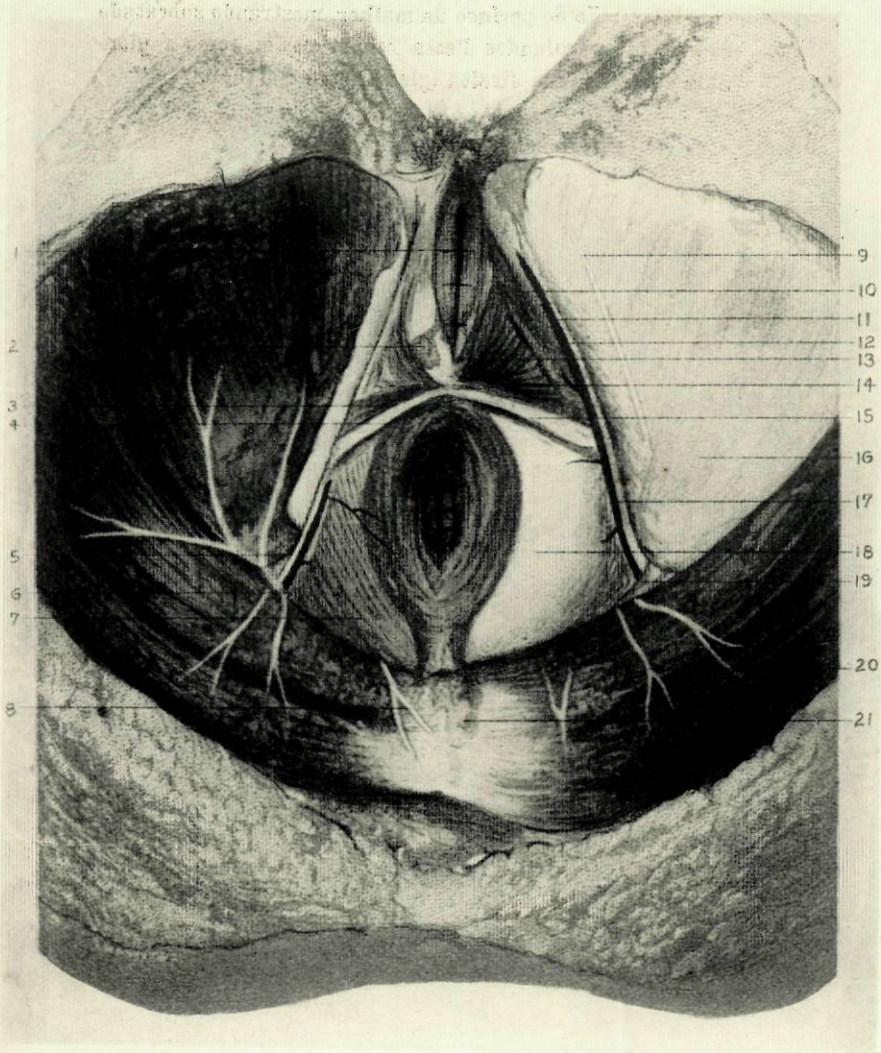
As *veias* são numerosas e vão lançar-se na vergonhosa interna, ou nas paredes do recto onde formam a origem da veia porta.

A arteria vergonhosa e as suas veias podem ser postas a descoberto mais facilmente na mulher por causa da maior largura do espaço, e da inclinação para fóra dos ischions.

Os *nervos* provem do *nervo vergonhoso interno.* Os *lymphaticos* superficiaes vão aos ganglios da virilha, os profundos aos ganglios lombares e iliacos.

Dissecção do perineo da mulher, mostrando sobretudo os musculos profundos d'esta região assim como a glandula vulvo-vaginal direita (glandula de Bartholin)

1. O orificio vaginal fechado.
2. A glandula vulvo-vaginal direita.
3. O musculo transverso profundo direito do perineo.
4. A aponevrose perienal profunda reflectida.
5. Os vasos e o nervo vergonhosos internos direitos.
6. O grande ligamento sacro-sciatico direito.
7. O elevador do anus.
8. O quarto nervo sagrado.
9. O nervo vergonhoso inferior.
10. O musculo depressor da urethra.
11. O nervo perineal profundo.
12. A arteria perineal profunda.
13. O esphincter da vagina.
14. O musculo transverso profundo esquerdo do perineo.
15. A aponevrose profunda do perineo reflectida.
16. O fascia lata.
17. O nervo e a arteria vergonhosas internas esquerdas.
18. A aponevrose do elevador.
19. O grande ligamento sacro-sciatico esquerdo.
20. O grande nadegueiro esquerdo.
21. O coccyx.


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

Classificação das rupturas da parte posterior do perineo

De todas as rupturas perineaes as que se encontram na parte posterior são as mais frequentes e ao mesmo tempo as mais importantes.

Geralmente começam na vagina, á direita ou mais frequentemente á esquerda da columna posterior.

Estas rupturas podem dar-se na linha media ou lateralmente; podem ser multiplas e apresentar variada extensão e profundeza.

Debaixo d'este ponto de vista, em quasi todos os tratados de partos dividem-se as rupturas em quatro categorias:

1.ª Rupturas da furcula;
2.ª Rupturas incompletas;
3.ª Rupturas completas;
4.ª Rupturas centraes.

Mas sob o ponto de vista da intervenção, entendemos mais proprio distinguir sómente trez variedades, a cada uma das quaes corresponde um manual operatorio distincto.

1.ª **Rupturas da furcula.**—E' esta a variedade mais leve, não interessando senão a préga cutaneo-mucosa que a constitue.

E' raro que estas rupturas se dêem precisamente na linha média; quasi sempre são mais ou menos desviadas para o lado.

2.ª **Rupturas médias.**—Estas interessam o pavimento perineal, n'uma extensão maior ou menor, sem todavia comprehenderem o esphincter anal.

A caracteristica d'esta variedade é a divisão profunda das fibras do levantador. O musculo é destacado ao nivel das suas inserções e por vezes a ruptura dá-se na espessura das fibras.

Schatz, que estudou especialmente este assumpto, apresenta trez categorias, segundo se dão no systema posterior ou espino-coccygeo, no systema médio ou ischio-coccygeo e no systema anterior ou levantador propriamente dito. As duas primeiras são raras e não podem produzir-se senão por esmagamento; a ultima é frequente e resulta sempre da distensão.

Skene tambem insistiu sobre as lesões do levantador, descrevendo sobretudo as rupturas profundas, intersticiaes, por assim dizer, dos musculos do perineo. De resto a funcção do pavimento pelvico é destruida como nos casos precedentes, mas a mucosa da vagina e a pelle ficam intactas e o perineo apparentemente permanece normal.

A ruptura do perineo dá caracteres especiaes á ferida superficial. A superficie lacerada é muito irregular e apresenta fundos de sacco mais ou menos profundos.

Póde reconhecer-se a profundeza da lesão, por meio d'um estylete ou mesmo com o dedo.

Estas rupturas musculares por vezes são independentes e produzem-se sem lesões da pelle do perineo.

Verifica-se facilmente a ausencia de musculos, n'estes casos, introduzindo um dedo na vagina e outro no recto. Nota-se então, que a espessura comprehendida entre os dois dedos é muito menor, ao mesmo tempo que se sente muito bem a resistencia fornecida pelo esphincter que é o unico tecido muscular que ahi encontramos.

Tivemos occasião de observar o seguinte caso de ruptura media do perineo, produzida na enfermaria de partos, na occasião d'uma extracção a forceps, realisada pelo Ex.mo Snr. Dr. Arthur Maia Mendes.

Observação

A., mulher de 27 annos, primipara, estava em trabalho havia 36 horas, sendo a apresentação de vertice e estando a cabeça em plena excavação da bacia. A cabeça não descia por se não ter realisado a rotação interna, pela resistencia anormal da bacia molle, havendo por consequencia impossibilidade de parto expontaneo.

Além d'isso, a cabeça apresentava-se bastante volumosa e deformada em virtude da presença de uma grande bossa sanguinea que lhe dava o aspecto d'um cylindro, motivo pelo qual foi difficil a applicação do forceps, visto que as suas colheres só pelos bicos

agarravam a cabeça, não podendo adaptar-se, pela mesma razão foi bastante difficil a articulação dos dois ramos do forceps.

A ruptura produziu-se na occasião da sahida da cabeça. Começava na furcula e dirigia-se para o anus, não interessando o septo, quasi na linha media (um pouco á direita); era pouco profunda.

A extracção foi feita em occipito-posterior e só então se pôde diagnosticar a posição o que até então era impossivel em virtude da formação da bossa sanguinea.

Havia edema dos grandes labios.

3.ª Rupturas completas.—O que constitue a caracteristica n'estas rupturas é a destruição do esphincter anal.

Dá-se a ruptura de todos os tecidos comprehendidos entre a vagina e a parede do anus. Sendo os esphincters lacerados, quer o seja ou não o septo recto-vaginal, cria-se uma especie de cloaca, sendo os symptomas identicos nos dois casos e predominando a incontinencia das materias fecaes.

Se se introduz o dedo no orificio anal, não se sente a tonicidade do esphincter.

A ruptura central consiste n'uma solução de continuidade, que se produz entre a commissura posterior e o anus, sem que estes sejam interessados.

Os tecidos laceram-se de dentro para fóra ou de fóra para dentro, sob diversas influencias, nos casos em que a commissura vulvar é um pouco anterior.

Estas rupturas são bastante raras e entram, sob

o ponto de vista operatorio, na terceira categoria; para se operarem transformam-se em rupturas completas e tratam-se como taes.

No decurso d'este anno lectivo, não nos foi dado observar caso algum de ruptura completa na enfermaria de partos, o que prova não só a raridade das rupturas completas mas tambem a pericia do pessoal da mesma enfermaria; no entanto tivemos occasião de observar um caso de ruptura completa antiga na enfermaria de clinica cirurgica e que passamos a descrever.

Observação

A doente M... de 37 annos d'edade, cosinheira, encontrava-se na cama n.º 1 da enfermaria de clinica cirurgica, Santa Magdalena, do Hospital de Santo Antonio, para onde entrou no dia 24 d'outubro.

Apresentava ruptura do perineo que partindo da furcula se dirigia para o anus, seguindo sensivelmente a linha media, de modo a transformar n'uma só abertura o anus e a vagina.

Os dois retalhos da ferida offereciam uma superficie de secção de fórma triangular, tendo um lado commum, dando a ferida o aspecto d'uma borboleta d'azas abertas. A ferida tinha uma côr esbranquiçada que destacava da côr rosada da pelle visinha; esse aspecto era devido á presença do tecido cicatricial.

Examinando a mulher convenientemente, verificamos que conjunctamente com o septo tinha sido attin-

gido o esphincter anal e ainda uma pequena porção do recto.

Esta ruptura foi consecutiva a um parto que se deu ha seis annos, no Rio de Janeiro; este parto era o segundo, tendo sido o primeiro normal.

A ruptura é attribuida a impericia da parteira.

O utero, tendo descido, obtura em parte a abertura formada pelo recto e vagina, vendo-se perfeitamente o *focinho de tenca;* além d'isso está volumoso e doloroso, dando sahida a um liquido amarellado, gelatiniforme.

A bexiga acompanhou o utero na sua descida, sendo a micção frequente e dolorosa.

O estado geral da doente é bastante enfraquecido.

A doente soffreu no Rio de Janeiro a operação da perineorrhaphia, não tendo cicatrisado as suturas.

Já dissemos anteriormente que esta ruptura foi attribuida a impericia da parteira, mas passemos uma vista d'olhos pelas differentes causas de ruptura e vejamos se alguma ou algumas d'ellas, terão contribuido para a producção da ruptura do perineo; ao mesmo tempo veremos que causas terão contribuido para a producção da ruptura da doente da nossa primeira observação.

Causas e mechanismo das rupturas perineaes

Do lado da mãe podem existir numerosas anomalias que condemnam quasi fatalmente o perineo á ruptura; entre outras citaremos os tumores da bacia, os do utero e os da vagina.

As affecções inflammatorias dos grandes labios, taes como phlegmões, furunculos, anthrax, etc., augmentam o volume da região e diminuem a largura da fenda vulvar.

O mesmo effeito produzem as vulvites, catharral, ulcerosa, blenorrhagica, etc. As lesões inflammatorias chegam a produzir, por vezes, a adherencia dos grandes labios. M.me Lachapelle diz ter visto adherencias dos grandes labios constituirem duas aberturas distinctas.

Se a mulher tem alguma doença do coração ou albuminuria ou se ha compressão demorada dos tecidos, devida a um parto dystocico, a vulva torna-se tumefacta e quando a cabeça vem atravessar estes tecidos assim edemaciados, a ruptura é certa.

Podem existir ainda outras anomalias, se bem

que menos apreciaveis, mas representando um papel importante na pathogenia das rupturas. Assim, por exemplo, a demasiada saliencia do angulo sacro-vertebral, a falta de curvatura do sacro, a exaggerada amplitude do estreito inferior sobre tudo atraz, a estreiteza da arcada pubica, o comprimento excessivo da symphise e especialmente a estreiteza ou largura de toda a bacia, são frequentemente a unica causa das rupturas do perineo.

O mechanismo varia, a bem dizer, com cada uma d'estas causas; assim no caso de largura demasiada da bacia, dá-se a ruptura perineal, pela passagem muito brusca do féto por um perineo que não teve tempo de se preparar; o contrario succede no caso de estreiteza, em que, muitas vezes, é depois d'um trabalho prolongado e penoso, no decurso do qual foi preciso applicar o forceps algumas vezes, que se produz a ruptura. Por mais variavel que possa ser o mecanismo, é certo que estas deformidades, por vezes mesmo difficeis de verificar, são da mais alta importancia sob o ponto de vista que nos occupa.

Do lado das partes molles tambem póde haver causas de ruptura.

A occlusão da vulva e da vagina por membranas espessas, ou a presença do hymen na occasião do parto estão n'este caso; ordinariamente a fórça uterina basta para romper essa barreira, no entanto as contracções uterinas devem ser então energicas. No caso de se dar a ruptura, esta póde estender-se ás partes visinhas.

Se o perineo é muito flacido, o craneo não se adapta pela região occipital e apresenta a grande circumferencia transversal ao orificio.

Muitas vezes é a forma do perineo a causa da ruptura.

Um perineo muito estreito não se deixa distender. Diz Pajot que os perineos mais expostos á ruptura não são os mais compridos, nem os mais delgados; são os mais grossos, curtos, infiltrados e edemaciados.

Duncan vae mais longe e admitte, em certos casos, uma alteração especial dos tecidos que aniquila a resistencia á ruptura.

Talvez mais importante que estas causas seja a estreiteza congenita da vulva e M.me Lachapelle insistindo sobre este ponto, cita um caso em que a estreiteza natural da vulva, reteve durante dois dias a cabeça prestes a escapar-se.

Por vezes, durante o parto, verifica-se a inercia do perineo ou ao contrario a sua contracção espasmodica, analoga á do utero; qualquer dos dois phenomenos póde ser causa de ruptura.

E' para notar que nos partos prematuros, as rupturas são frequentes, e comtudo a cabeça do féto é pequena; isso provem do facto, já apontado, de não poder fazer-se a preparação do perineo, pela rapidez do parto, que só se effectua depois de esgotada a tonicidade perineal.

Um perineo gordo é fragil, porque a gordura infiltra-se entre os musculos que degeneram e perdem a sua elasticidade. As aponevroses, mesmo, tornam-

se mais fracas e ao microscopio verifica-se a degenerescencia gordurosa dos musculos do perineo.

A existencia de cicatrizes, geralmente devidas a partos anteriores, tambem póde ser uma causa de ruptura. A cicatriz, geralmente, existe só d'um lado do perineo, e como o tecido cicatricial é inextensivel, dá-se uma distensão maior dos tecidos não interessados, o que predispõe para a ruptura.

A idade da parturiente tem uma certa importancia na producção das rupturas. As estatisticas demonstram que acima de 26 annos as rupturas são muito mais frequentes.

Os perineos das mulheres n'essas condições, são seccos por causa da atrophia das glandulas sebaceas.

Verificou-se tambem, que a extensibilidade da pelle diminue com a idade.

A primiparidade tambem é uma causa de ruptura.

Nas primiparas o annel vulgar é estreito e rigido, porque não soffreu ainda fortes distensões. A estreiteza do annel combina-se com a resistencia do perineo que as contracções não pódem vencer, sem grandes difficuldades.

Budin pensa que o periodo d'expulsão, sobretudo nas primiparas, é em geral retardado pelo orificio vaginal, sendo o obstaculo formado pelo annel vulvar, menos frequente e menos sério. D'aqui resulta que a ruptura do orificio vulvar seria devida á extensão da ruptura do orificio vaginal.

Ha a notar que Budin descreveu na vagina um

aperto annular que se encontra a dois centimetros, pouco mais ou menos, do orificio vulvar.

Schroeder liga uma certa importancia á posição da mulher na occasião do parto, como causa predisponente na producção das rupturas do perineo.

Assim no decubito dorsal, posição mais frequente, alem da força expulsiva, todo o peso da creança exerce pressão sobre o perineo, e a cabeça tendo de luctar contra o seu proprio peso difficilmente realisa o movimento ascencional.

Julga o mesmo auctor a posição sobre os joelhos e cotovellos a menos favoravel á producção das rupturas, sendo esta opinião fundamentada pela observação.

Não tivemos occasião de apreciar as vantagens d'esta posição, visto que a unica usada na enfermaria de partos é o decubito dorsal que é classicamente adoptado.

Nas nossas observadas haveria algumas causas de ruptura por defeito materno?

Parece-nos que sim.

De facto na nossa primeira observação, se bem que não notassemos nada de anomalo do lado das partes duras, o edema dos grandes labios deve ter contribuido para a producção da ruptura, conjunctamente com a primiparidade.

Na segunda observação, nada notamos de anormal, nem pelo interrogatorio a que submettemos a doente nos foi possivel colher quaesquer dados, que nos levassem a suppôr que na occasião do parto algu-

ma cousa de anormal tivesse havido do lado da mãe; no entanto a idade em que se deu o segundo parto, aquelle em que se produziu a ruptura, 31 annos, póde ter contribuido, porque segundo vimos anteriormente, o perineo das mulheres n'esta idade é secco, por causa da atrophia das glandulas sebaceas e pela menor extensibilidade da pelle.

Passemos agora ao estudo das causas dependentes do féto que podem produzir a ruptura do perineo.

E' facil comprehender que um excesso de volume do féto possa bastar para explicar a ruptura; comtudo as estatisticas provam que as rupturas são mais frequentes, quando as dimensões da cabeça são menores do que o estado normal; a explicação é a mesma que demos quando nos referimos ao parto prematuro.

Nas apresentações de vertice póde haver deflexão prematura da cabeça.

N'estas circumstancias, o pubis em logar de estar em relação com a região sub-occipital, encontra-se em contacto com um ponto mais ou menos approximado do bregma; d'ahi resulta que a sahida da cabeça se fará segundo diametros maiores que os sub-occipitaes. Na verdade se esta deflexão é muitas vezes produzida artificialmente, frequentemente tambem existe desde o começo do trabalho. Trata-se então antes d'uma falta de flexão do que d'uma deflexão verdadeira.

N'alguns casos esta anomalia no mechanismo do parto coincide com uma falta de rotação da cabeça,

d'onde resulta que o pólo cephalico apresenta os maiores diametros aos mais pequenos do orificio vulvar.

E' por um mechanismo analogo que se produzem as rupturas nas apresentações de fronte, nas de face e nas occipito-posteriores.

Na sahida das espaduas e do tronco tambem se póde dar a ruptura que não se tenha produzido na occasião da sahida da cabeça.

Nas apresentações de pelve, variedade de pés, não estando o perineo sufficientemente distendido na occasião da passagem do diametro bi-trochanteriano e sendo as contracções uterinas bastante energicas, póde dar-se a ruptura.

E' nas apresentações de pelve que mais vulgarmente occorrem as rupturas centraes.

Por vezes no momento da deflexão da cabeça, o cotovello da creança, vindo apoiar-se sobre o perineo e sendo impellido por uma contracção uterina, perfura-o e realisa a ruptura.

N'outras circumstancias o pé é o agente da ruptura.

Ainda que mais raramente, as rupturas centraes tambem podem ser produzidas pela cabeça e n'este caso são sempre mais extensas do que as realisadas por um cotovello ou por um pé.

Nas nossas observadas haveria alguma causa de ruptura da parte do féto?

Certamente. Na primeira observação dissemos que a cabeça era bastante volumosa devido á boça sanguinea formada; esta causa junta com a primiparida-

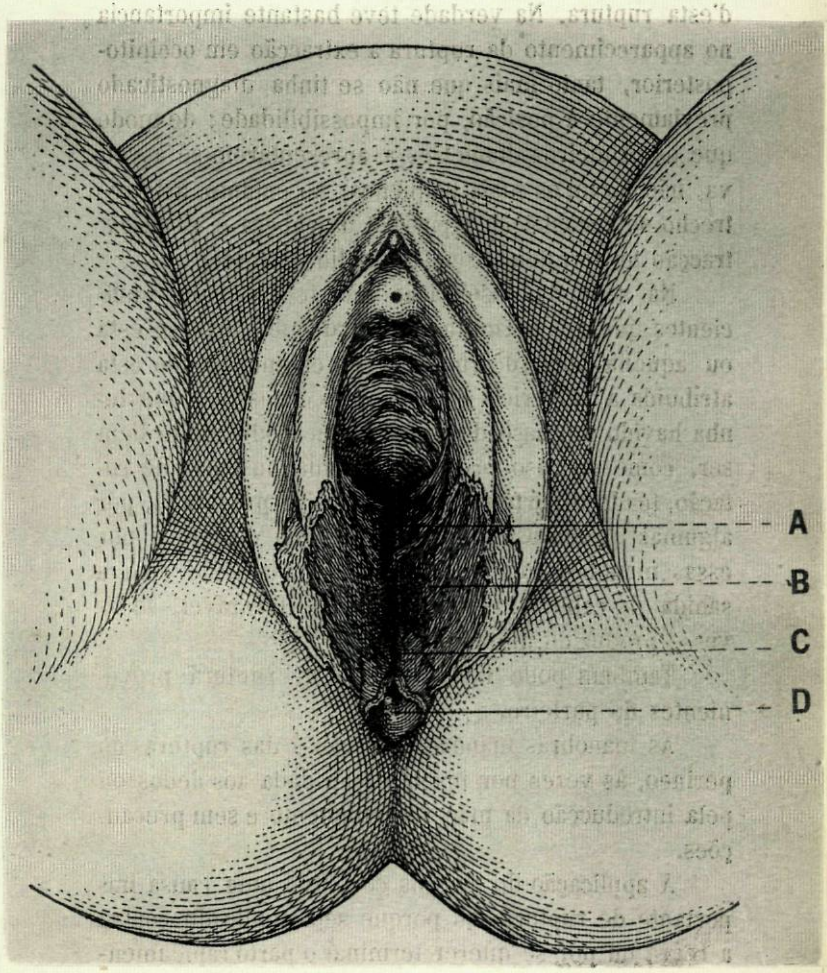
de constitue o duplo factor que entra na producção d'esta ruptura. Na verdade teve bastante importancia no apparecimento da ruptura a extracção em occipito-posterior, tanto mais que não se tinha diagnosticado préviamente a posição, por impossibilidade; de modo que os primeiros diametros a apresentarem-se á vulva, não foram os mais pequenos; no entanto, a breve trecho se reconheceu a posição da cabeça e a sua extracção foi terminada sem o auxilio do forceps.

Na segunda observação não temos dados sufficientes que nos permittam affirmar que houvesse esta ou aquella causa de ruptura; no entanto, sendo esta atribuida á impericia da parteira, é possivel que tenha havido um caso de dystocia que podia muito bem ser, como no caso precedente, uma ausencia de rotação, tendo a parteira n'essa occasião procurado, por algumas manobras, provocar a descida do feto e por essas manobras ou por ellas conjunctamente com a sahida da cabeça, n'uma posição desfavoravel, se tivesse produzido a ruptura.

Tambem pode haver causas de ruptura provenientes do parteiro.

As manobras manuaes são causa das rupturas do perineo, ás vezes por má direcção dada aos dedos ou pela introducção da mão violentamente e sem precauções.

A applicação do forceps constitue uma causa importante de ruptura, ou porque seja applicado contra a regra ou por se querer terminar o parto rapidamente. Como regra geral o forceps só se deve applicar



Ruptura completa

A) Restos da parede vaginal.
B) Parede lateral, cruenta, da ruptura.
C) Recto.
D) Anus aberto, lacerado ao nivel da commisura anterior.

com a concavidade de bordos voltada para o occiput; pelo menos só se devem fazer tracções n'essa posição, porque por vezes se applica irregularmente para fazer uma rotação e trazer o occiput para debaixo da symphise. No entanto ha casos em que é preferivel fazer a extracção em occipito-posterior, como acontece na vagina infantil.

Se o parteiro póde ser incriminado de ter produzido uma ruptura, é certo que na grande maioria dos partos não é reclamada a sua assistencia. O mesmo não succede com as parteiras que são chamadas para quasi todos os partos. Estas tambem por sua vez podem ser incriminadas como causa de ruptura, como succede na nossa ultima observação.

N'este caso houve a falta de não se terem empregado os meios prophylaticos, de que trataremos em logar opportuno, os quaes devem empregar-se nos perineos que ameaçam ruptura, ou então a falta consistiu em se terem praticado manobras manuaes, n'um caso de dystocia, em que não eram justificadas visto ter-se dado o parto n'uma cidade como o Rio de Janeiro, onde abundam os soccorros medicos.

O sr. Professor Roberto Frias, admirando-se que o caso se tivesse dado n'aquella cidade, disse, succederem geralmente estes casos nos logares sertanejos onde ha carencia absoluta de medicos e parteiras.

Accidentes e complicações

Varios accidentes e complicações podem sobrevir logo após a ruptura do perineo ou durante o periodo puerperal e mesmo depois d'elle.

O primeiro accidente a registrar é a *hemorrhagia*, na maioria dos casos insignificante, mas que póde tornar-se abundante, quando as rupturas se dão nas partes antero lateraes da vulva sendo attingido o tecido erectil do clitoris ou as veias varicosas tão frequentes n'esta região.

Diz-se que nas rupturas completas quasi sempre se produz uma hemorrhagia notavel por serem interessadas as veias hemorrhoidarias. Não foi o que vimos na nossa segunda observação; n'este caso a hemorrhagia foi insignificante, pois pelo interrogatorio que fizemos n'esse sentido nenhum dado colhemos que nos permittisse concluir por uma grande perda sanguinea.

Muito mais graves que estes são os *accidentes inficiosos* e n'elles insistiremos, porque se nos afigura importante o assumpto.

A infecção póde manifestar-se na sua variedade mais simples, sob a fórma de inflammação puramente local e dar logar a um fleimão ou abcésso. Mas as coisas nem sempre se passam assim e a este respeito diz Charpentier de Ribes:

«Todas as vezes que n'uma mulher depois do parto, tendo-se este dado em boas condições, apparecer fébre, examinae escrupulosamente a vulva e o perineo; encontrareis muitas vezes uma ulceração, uma pequena ferida d'apparencia insignificante, origem d'esta hyperthermia; tratae a ferida e a febre desapparecerá.»

Estas feridas cobrem-se frequentemente d'um exsudato acinzentado que faz lembrar as falsas membranas da diphteria e sabe-se, depois dos trabalhos de M. Vidal, que estes exsudatos são verdadeiros fócos microbianos, onde pullulam os micro-organismos proprios da infecção puerperal, entre os quaes os estreptococcos occupam o primeiro logar.

Daerderlein, n'um congresso de gynecologia em Munich, sustentou que as feridas vulvo-perineaes podem ser e são muitas vezes o ponto de partida, a origem da febre puerperal.

Seja como fôr, o que é um facto é que as feridas tanto do perineo como da vulva, expostas a toda a especie de contaminações, n'uma época em que o phenomeno dominante na mulher é a intensidade da reabsorpção, como disse Pajot, podem ser o ponto de partida de infecções graves.

Passado o periodo puerperal, a mulher fica ain-

da exposta a accidentes, cuja gravidade está em relação com a extensão das lesões.

E' n'este segundo periodo, por assim dizer, que nós encontramos accidentes na nossa doente da ultima observação, visto que em nenhuma d'ellas houve infecção puerperal; na nossa primeira observação não houve accidentes nem complicações.

Quando as lesões não interessam mais do que a vagina ou a vulva, na visinhança do annel do hymen, raramente são causa de incommodo para as doentes; produzem-se cicatrizes desgraciosas mas não incommodas. No entanto tem-se dado casos de vaginismo cujo ponto de partida teria sido uma ruptura produzida no momento do parto, e nós tivemos occasião d'observar um caso na enfermaria de clinica cirurgica.

Quando as lesões se dão do lado do perineo, os accidentes são mais sérios, como se vae vêr. Na nossa doente o utero vinha obturar a abertura formada pelo anus e pela vagina; como se realisou esta descida?

Passado algum tempo, depois da ruptura, as columnas da vagina fazem saliencia na vulva, produzindo-se um verdadeiro prolapso da mucósa.

O utero solicitado pelo seu peso e repuxado pela mucosa, tendo perdido o seu sustentaculo natural, desceu; n'esta descida foi arrastada a bexiga, ficando constituido o cystocello. (1)

Ficou portanto constituido o prolapso do utero

(1) Por vezes é arrastado tambem o recto, constituindo-se o rectocello, que não existia n'este caso.

com todas as perturbações funccionaes concomitantes e que a doente accusa, como sejam as sensações de peso, repuxamento, frequencia de micção e dores, symptomas que em parte entram no programma da endometrite.

Esta teria sido determinada pelo estado inflammatorio permanente, entretido pela infecção, que nas condicções da nossa doente era quasi certa, attenta a carencia absoluta de cuidados asepticos.

Dizemos que ha metrite, porque alem dos symptomas que a doente accusa e que podem tambem pertencer á ruptura, existe leucorrhea uterina.

Para Hegar e Kaltenbach as rupturas completas do perineo facilitam muito menos que as rupturas incompletas o deslocamento do utero e da vagina, e a este proposito os auctores precitados referem 40 casos em que só uma vez foi observado o prolapso da parede vaginal com abaixamento do utero. E' a seguinte a explicação dada por Kaltenbach n'uma communicação feita n'um congresso de Bade:

«Depois da secção dos esphincters anal e vulvar, a parte inferior da parede vaginal posterior é puxada para cima e para diante, pelo elevador do anus, e as partes lateraes da ruptura são, em seguida ás tracções exercidas pelo transverso do perineo e esphincter externo do anus, afastadas uma da outra.

A parte inferior da vagina constitue pois uma parede solidamente tensa no sentido transversal que se oppõe a toda a inversão das partes da vagina situadas mais acima. Quando a solução de continuidade

é profunda, as paredes d'estes canaes não apresentam nenhuma tendencia ao prolapso.»

Aos accidentes que descrevemos, juntam-se outros tambem importantes por influirem sobre o estado moral da doente. Roux dá-nos a descripção d'esses accidentes, n'um caso de ruptura completa. Essa descripção coaduna-se perfeitamente com o nosso caso, e nós não saberiamos fazel-a melhor, por isso aqui a transcrevemos:

«Os bordos da ferida cicatrisam isoladamente, o perineo desapparece completamente, a vulva e o anus formam uma só e mesma via, uma fenda unica, um seio profundo de bordos rectos ou irregularmente ondulados, revestidos por um tecido mucoso, e por pouco que a divisão se estenda ao septo recto-vaginal, a parte inferior do recto e da vagina formam uma verdadeira cloaca.

A mulher n'este estado está em condições verdadeiramente deploraveis, porque se não trata unicamente da perda d'uma parte dos seus encantos physicos, ha o incommodo resultante do que seria um anus contra natura.

O esphincter lacerado não se oppõe á saída continua ou mais ou menos repetida das materias fecaes e dos gazes.

Sem duvida as materias fecaes podem permanecer algum tempo no recto, quando teem uma certa consistencia, mas se são molles é viva e imperiosa a necessidade de as expellir a cada instante, e se são ainda mais liquidas escapam-se involuntariamente e sujam as partes visinhas.»

Indicações da perineorrhaphia

Os parteiros, como Tarnier, Pinard, Champetier de Ribes, Bar, Lepage e Pozzi, são unanimes em dizer que se deve intervir pela sutura em todos os casos de ruptura, qualquer que seja a sua cathegoria.

Do mesmo passo affirmam elles unanimemente que se deve praticar a perineorrhaphia immediatamente ou nas primeiras horas que seguem o parto; julgo ter tambem demonstrado pelo que ficou exposto anteriormente a necessidade da intervenção immediata.

Algumas objecções tem sido feitas a este modo de ver; podem ser resumidas nas proposições seguintes.

1.ª A possibilidade da restauração espontanea do perineo.

2.ª A fraqueza da mulher depois do parto.

3.ª A irregularidade das partes laceradas que é difficil coaptar exactamente e que mal irrigadas e con-

tusas se podem esphacelar, dando logar a inflammações ou a accidentes septicos.

4.ª A influencia do estado puerperal que seria uma má condição de reparação dos tecidos, podendo accarretar n'alguns casos complicações septicas graves.

5.ª O corrimento dos lochios sobre a ferida e a sua infiltração atravez das suturas impedindo a sua reunião.

Quanto á possibilidade da restauração espontanea do perineo, se se dá nas feridas perineaes de pouca importancia, não succede sempre assim nas grandes rupturas. Suppondo mesmo que esta reunião possa effectuar-se, não é, a maior parte das vezes, senão apparente, dando-se tão sómente nos tegumentos e e não nos musculos cujos retalhos se retrahem e atrophiam.

Diremos tambem com Doléris:

Visto que esta reunião é possivel, mas não certa, porque não a ajudaremos, consolidando as partes e supprimindo os obstaculos que se oppõem a essa coaptação?

Com respeito á fraqueza da mulher depois do parto, parece-nos que em nada iremos aggravar o seu estado, porque a perda de sangue proveniente d'alguns pontos de sutura é insignificante, e ainda porque a operação é quasi indolor, visto que se realisa em tecidos de sensibilidade compromettida, pelo menos momentaneamente.

Se as partes laceradas são irregulares, podem regularisar-se por meio da thesoura; e posto que por

vezes os tecidos estejam por tal forma mortificados que para ficarmos no são pareceria ser necessario fazer grandes sacrificios, não sendo possivel depois reunir os labios da ferida, o certo é que esses sacrificios não são de facto precisos por ser enorme a vitalidade dos tecidos d'esta região, especialmente n'este momento em que a circulação é tão activa. Com a operação não damos tempo aos tecidos de perderem essa vitalidade e teremos a satisfação de os ver reviver e reunir perfeitamente.

Quanto á circumstancia de ser o estado puerperal considerado uma contra-indicação, sabemos hoje, graças aos recursos d'uma antisepsia rigorosa, que não temos a temer a infecção.

De facto a influencia dos lochios, sobre a ferida suturada, é desprezivel, visto que está demonstrado que só ha lochios purulentos quando houve leve infecção. Actualmente só se descrevem lochios serosos, sero-sanguinolentos e sanguinolentos; demais os labios da ferida protegidos por um penso antiseptico no fim d'algumas horas estão sufficientemente cimentados para não dar passagem nem mesmo a liquidos.

Em resumo, as vantagens da perineorrhaphia immediata são as seguintes: fechar a porta ás inoculações infecciosas; evitar á mulher um tratamento longo e uma enfermidade grave (prolapso, incontinencia de materias fecaes, alterações vesicaes etc.); dispensar uma operação tardia que seria mais difficil, menos segura e mais perigosa.

Parece-nos pois que ha toda a vantagem em fa-

zer a perineorrhaphia immediata, a não ser em casos raros em que fiquem exhaustos a parturiente e o parteiro, depois d'um parto extremamente laborioso e exigindo a grande extensão da ruptura uma operação demorada.

De resto se por qualquer circumstancia a perineorrhaphia immediata não der resultado, por não terem cicatrizado as rutupras, em nada ficará compromettida a perineorrhaphia secundaria.

Diagnostico

O diagnostico entre uma ruptura completa e incompleta, embora facil, demanda um pouco d'attenção.

Devemos examinar não só o annel vulvar mas tambem o canal vaginal, porque, como vimos, é d'ahi que muitas vezes parte a ruptura.

Devemos lembrar-nos tambem que por vezes as lesões vagino-perineaes não são apparentes; n'este caso, fazendo-se o toque, encontra-se uma região dolorosa ou depressivel na altura do annel pulbo-coccygio.

E' por isso de toda a conveniencia explorar sempro este annel em seguida a um parto laborioso, sobretudo n'uma primipara.

Prognostico

Pelo que fica exposto, é patente a gravidade do prognostico especialmente nas rupturas completas; do mesmo modo as rupturas incompletas devem ser tratadas cuidadosamente, porque a doente n'estas condições fica sujeita aos accidentes de deslocamento do utero com todos os seus inconvenientes, não esquecendo os accidentes infecciosos a que estão expostas todas as rupturas.

Prophylaxia

N'esta altura parecem-nos bem cabidas algumas palavras sobre a pratica tendente a evitar as rupturas do perineo.

Cada parteiro, por assim dizer, tem a sua; no entanto todos são concordes em frizar que por proteger o perineo se não deve entender, suster o perineo, isto é, collocar sobre elle uma mão travessa, afim de impedir a sua distenção. Este processo é realmente inefficaz e illusorio, podemos mesmo accrescentar, prejudicial, porque nos encobre a região, não deixando vêr o que se passa.

Todos os nossos esforços devem tender a moderar e dirigir a sahida da cabeça. N'esta ordem d'ideias Pinard aconselha que se colloque a mão sobre o pubis de modo a que os dedos fiquem applicados sobre a cabeça fetal e a um centimetro da furcula, sustendo-a, ao mesmo tempo que, com a mesma mão, se procura augmentar a deflexão da cabeça; no momen-

to da contracção uterina, quando já os maiores diametros se apresentam ao orificio vulvar e o perineo se encontra bastante distendido e prestes a romper-se, devemos redobrar d'esforços e ao mesmo tempo exhortar a mulher a que não *puxe*, termo geralmente empregado para significar a contracção abdominal; para o conseguir recommenda-se-lhe que abra a bocca e respire largamente.

Passada a contracção uterina convida-se a mulher a puxar moderadamente e procura-se dar sahida á cabeça com precaução.

O methodo de Pozzi differe um pouco do de Pinard, approximando se mais da pratica seguida por Tarnier.

E' o methodo de Pozzi, o preconisado pelo snr. Professor Candido Pinho que condemna em absoluto, a nosso ver com toda a razão, as tracções exercidas com o dedo sobre a furcula, percorrendo-a d'um lado para o outro, afim de, dizem os que praticam semelhante processo, ajudar a dilatação.

Com semelhante pratica só se consegue magoar a mulher e traumatisar os tecidos, sem proveito algum, porque por esse meio não é possivel evitar a ruptura. No entanto parece-nos que, fazendo uma ou duas tracções sobre a furcula, podemos verificar até que ponto os tecidos se deixam distender.

Segundo o methodo de Pozzi, que se nos afigura o melhor, estando a mulher no decubito dorsal, as pernas ligeiramente flectidas sobre as coxas, e o perineo bem levantado, o que se consegue collocando

por debaixo das nadegas uma almofada ou um lençol enrolado, o parteiro colloca-se á direita da mulher, junto da cama, e sentado, como recommenda o nosso Professor, afim de evitar a fadiga resultante d'uma posição incommoda e difficil de sustentar por algum tempo.

A mão esquerda é applicada sobre o occipital, acima e adiante da vulva, de modo a suster a cabeça ao mesmo tempo que lhe favorece a deflexão, de tal sorte que não sejam os diametros occipito-frontaes e occipito-bregmaticos os primeiros a sairem, mas sim os sub-occipito-frontaes e sub-occipito-bregmaticos, mais pequenos.

Do mesmo modo, se as duas bossas parietaes sahirem ao mesmo tempo, será mais forte a distensão do perineo, do que se a sua sahida fôr alterada.

A mão direita, passando sob a coxa direita, colloca-se sobre o perineo coberto por um panno, de maneira a formar uma forquilha, pelo afastamento do pollegar e do index, appoiando-se o pollegar no sulco genito-crural.

Esta mão tem por fim alliviar o perineo da pressão exercida pela cabeça fetal.

Mas sahida a cabeça, não se deve considerar o perineo livre de perigo, nem afrouxar a vigilancia, porque como vimos anteriormente é por vezes na passagem das espaduas e do tronco que se fazem as rupturas do perineo que até ahi se tenha conservado intacto.

Em resumo, empregaremos todas as manobras tendentes a moderar a sahida do féto, o que deve fa-

zer-se com constancia, não tendo pressa de terminar, porque a lentidão da expulsão será a melhor garantia para a conservação do perineo; pelo menos poderão evitar-se as grandes rupturas.

Alguns auctores aconselham as incisões preventivas no perineo prestes a romper-se.

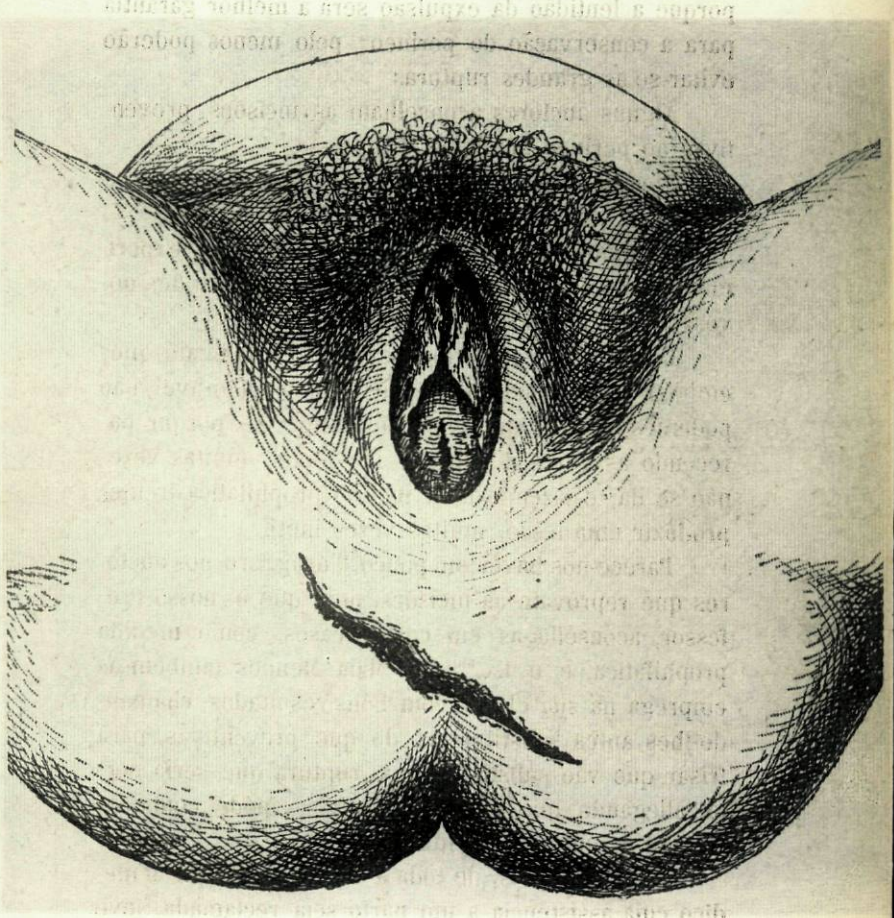
Pinard aboliu as incisões por completo da sua pratica.

Segundo a expressão d'alguns parteiros experimentados, esta operação seria uma «operação dos novos» pouco praticos e impacientes.

Os que são contrarios ás incisões allegam que, embora a distensão dos tecidos seja consideravel, não podemos affirmar que elles vão romper-se, porque parecendo ás vezes a ruptura inevitavel, muitas vezes não se dá, e fazendo uma incisão prophilatica iremos produzir uma lesão, muitas vezes inutil.

Parece-nos haver um pouco d'exaggero nos auctores que reprovam as incisões, pois que o nosso Professor, aconselha-as em certos casos, como medida prophilatica, e o Ex.mo Dr. Maia Mendes tambem as emprega na sua clinica com bons resultados, chamando-lhes antes substitutivas do que preventivas, para frisar que vão substituir uma ruptura que seria certa, allegando que com a pratica se póde conhecer quando a ruptura está imminente.

Julgamos, pois, de toda a conveniencia que o medico cuja assistencia a um parto seja reclamada, leve na sua carteira uma agulha de Reverdin ou melhor d'Emmet e crinas de Florença, ficando assim apto a



Ruptura central

praticar uma sutura immediata do perineo em caso de ruptura.

A perineorrhaphia é uma das operações que tem dado logar a innumeros trabalhos e discussões.

Não trataremos agora de os descrever e discutir, porque isso levar-nos-hia muito longe, podendo mesmo constituir assumpto d'um nôvo trabalho.

Limitar nos-hemos, por conseguinte, a relatar as operações praticadas nas doentes que observamos, assim como os cuidados consecutivos á operação.

Tratamento

Nos casos em que a ruptura interessa unicamente a préga cutaneo-mucosa que constitue a furcula, o que, por assim dizer, é regra geral nas primiparas, julgamos não ser necessario tratamento especial, bastando por conseguinte os cuidados geraes d'asepsia; assim se procede na enfermaria de partos com bons resultados. Alguns parteiros como Pinard, Champetier de Ribes, etc., fecham a ferida por meio d'algumas *garras-finas*, Bar regeita o emprego das *garras-finas* porque não seguram bem e são sempre mais ou menos dolorosas; serve-se unicamente de crinas de Florença.

No tratamento das rupturas médias do perineo fazemos a descripção da perineorrhaphia praticada na doente da nossa primeira observação. Como se sabe esta ruptura não foi profunda, de modo que foi dispensavel a sutura de andares sobrepostos.

Com a agulha de Reverdin e crina de Florença applicamos cinco pontos de sutura. Os primeiros dois pontos foram dados profundamente e sufficientemente apertados, afim de manterem bem justapostas as duas superficies da sutura, tendo o cuidado, ao aper-

tar dos pontos, de regularisar o affrontamento dos labios da ferida por meio d'uma pinça.

A agulha, para cada ponto, foi enterrada pouco mais ou menos a cinco millimetros do bordo livre da ferida sahindo n'um ponto symetrico do outro bordo; o ultimo ponto foi applicado na furcula.

Os pontos foram tirados ao cabo de oito dias; o successo foi completo, sahindo a mulher curada dez dias depois de operada.

Passamos agora á descripção da operação praticada na nossa doente da segunda observação.

Nas vesperas da operação foram administradas á doente pilulas d'opio e salycilato de bismutho, afim de lhe deter por completo o corrimento das fezes.

O processo seguido na operação foi o de Bamsby, que consistiu no avivamento dos bordos da laceração rectal e do septo, fazendo as suturas em pontos separados e abrangendo o recto e o septo, e finalmente avivamento e sutura da laceração vaginal. Teve-se todo o cuidado em não passar nenhum ponto por dentro do recto nem da vagina.

Apesar da administração do opio e bismutho as fezes correram-lhe no meio da operação e nos dias que se lhe seguiram o que determinou uma infecção intensa das fossas ischio-rectaes, que se procurou combater por meio de lavagens, uma boa drenagem e pensos amiudados conjunctamente com injecções de soro e injecções de estrychnina.

Tudo foi impotente e a doente morria dez dias depois de operada.

Cuidados post-operatorios consecutivos a todas as rupturas em geral

Procede-se á lavagem da ferida e das partes visinhas com uma solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$.

As partes suturadas são pulvilhadas com iodoformio e cobertas com gaze iodoformada. Depois tudo é recoberto com uma pasta d'algodão hydrophilo, que se mantem applicada por meio d'uma compressa.

A operada é em seguida conduzida para a cama com todo o cuidado, evitando que alguns movimentos intempestivos, possam exercer tracções sobre os labios da ferida, que se acabou de suturar. Para isso seria conveniente collocar uma ligadura acima dos joelhos de modo a conservarem-se as pernas approximadas.

O penso será renovado sempre depois das dejecções até ao momento da cura.

Em cada curativo será vigiada a ferida, verificando-se se tem bom aspecto, se não ha tumefacção e interrogando a doente sobre se existe dôr.

A temperatura tirada de manhã e de tarde será o melhor guia da marcha dos acontecimentos; não excedendo ella 37°,5, não ha que recear complicações que serão para temer no caso contrario.

Conclusões

1.ª As rupturas da parte posterior do perineo são bastante frequentes se attendermos a que a da furcula é regra geral nas primiparas.

2.ª Antes e durante o trabalho, o parteiro examinará cuidadosamente se ha alguma ou algumas causas determinantes ou predisponentes de ruptura e esforçar-se-ha por evital-as, tendo sempre em vista que, d'um modo geral, a melhor garantia para a integridade do perineo está na moderação da sahida do feto.

3.ª As rupturas do perineo são um campo aberto á infecção e o perigo será tanto maior quanto mais pequena fôr a ruptura porque mais facilmente poderá passar desapercebida.

4.ª E' da mais alta importancia examinar escrupulosamente o perineo após o parto, procurando saber se existe alguma solução de continuidade. Porque, pequenas ou grandes, as feridas perineaes constituem uma porta d'entrada aos germens septicos.

5.ª No caso de ruptura, deteremos a hemorrhagia se a houver, praticando em seguida a sutura como o meio mais efficaz de evitar os differentes accidentes e complicações, a não ser nas pequenas soluções de continuidade, como seja a ruptura da furcula, em que nos limitaremos a praticar uma asepsia rigorosa.

Proposições

Anatomia — O chamado ligamento redondo, coxo-femoral, não liga nem é redondo.

Physiologia — O choque do coração, não é devido ao bater do mesmo na parede thoracica.

Histologia — Prova-se que ha uma relação genetica entre as estructuras mollecular e histologica.

Pathologia geral — Não ha immunidades passivas.

Materia medica — O iodeto de potassio é o medicamento de mais amplas indicações therapeuticas.

Pathologia cirurgica — No tratamento dos apertos inflammatorios da urethra, a dilatação é o processo de escolha.

Pathologia medica — A hypothermia brusca na febre typhoide, é um signal precioso no diagnostico da perfuração intestinal.

Medicina operatoria — No caso de ruptura perineal post-partum, pratico a perineorrhaphia immediata.

Obstetricia — A presença, ao nivel do umbigo ou um pouco abaixo, do ligamento redondo saliente e tenso, basta para excluir a prenhez gemellar.

Anatomia pathologica — A diapedese não é um phenomeno passivo.

Medicina legal — A necropsia não é necessaria em todos os casos.

Hygiene — A syphilis deve ser incluida no quadro das doenças de declaração obrigatoria.

Visto.	Imprima-se.
Alfredo de Magalhães	*Moraes Caldas*
Presidente.	*Director.*